



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

ISSEMym

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

**“FRECUENCIA Y NIVEL DE VIOLENCIA EN LAS MUJERES
DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL
NEZAHUALCOYOTL”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GUTIERREZ HERNANDEZ CINTHYA MONSERRAT

HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

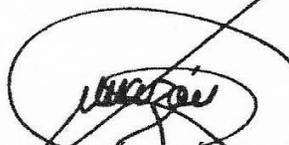
**“FRECUENCIA Y NIVEL DE VIOLENCIA EN LAS MUJERES
DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL
NEZAHUALCOYOTL”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GUTIERREZ HERNANDEZ CINTHYA MONSERRAT

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION
DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. GEOVANNI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

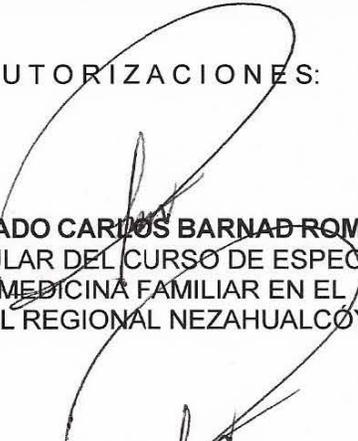
**“FRECUENCIA Y NIVEL DE VIOLENCIA EN LAS MUJERES
DERECHOHABIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL
NEZAHUALCOYOTL”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GUTIERREZ HERNANDEZ CINTHYA MONSERRAT

AUTORIZACIONES:

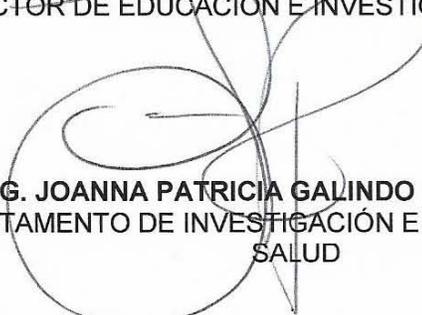


DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCÓYOTL



DR. GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN
SALUD

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser el motor de mi existencia, porque sé que por ti todo me es posible, por escucharme y responderme siempre, porque sé que tu presencia perdura junto a mí y nunca me dejaras sola.

A Norma Hernández, mi mama, la que siempre creyó en mí, aun cuando ni yo misma creía, gracias a ti soy lo que soy el día de hoy, no hubo mejor ejemplo de perseverancia, honestidad y amor que tú, espero que donde estés te sientas orgullosa de mi.

A Gilberto, mi esposo, el amor de mi vida; gracias por tu amor incondicional, por acompañarme en esta hermosa travesía hombro a hombro junto a mí como el gran guerrero que eres, por levantarme en mis caídas emocionales, por creer en mí, eres mi ayuda idónea, gracias por enseñarme el valor de las cosas pequeñas y cotidianas de la vida y así, agregar sonrisas a todos mis días. Gracias por amarme como soy.

Jocelyn, mi niña, te agradezco tu infinita paciencia y amor hacia mí, gracias por entender mis sueños, hacerlos tuyos y apoyarme para cumplirlos, te amo demasiado mi compañerita de vida.

Santiago, mi conejito, gracias por sacar lo mejor de mi cada día aun en mis malos momentos, gracias por tu voz, tus abrazos, tus besos y tus canciones que siempre me hacen sentir la mujer más especial, eres mi gran tesoro, te amo infinitamente.

A mi abuelita Mercedes, te agradezco por transmitirme esa fortaleza que te caracteriza, por tu apoyo y gran amor siempre incondicional los cuales jamás podre pagarte, porque sé que sin ti, jamás hubiese llegado a este punto.

Araceli, por tu nobleza, tu gran amor, tu espíritu inquebrantable, porque de ti aprendí que las caídas son aprendizajes de los cuales puedes renacer más fuerte, nunca podre pagar todo lo que haces de manera tan amorosa por mí y por mi familia y sé que sin ti no lo hubiese logrado.

A mi papa, por tu apoyo siempre incondicional, por creer en mí y depositar tantas ilusiones en mi persona, por impulsarme a ser mejor cada día, por tus consejos y porque siempre estás ahí para mí, te amo.

Maribel y Alejandro, gracias infinitas por su apoyo, por esa unión de familia que siempre nos caracteriza, por el gran amor que le dan a mis hijos y a mí, porque esto también me fue posible gracias a ustedes.

Carolina Cuapio y Norberto Águila, gracias por abirme sus brazos y su corazón, por hacerme parte de su familia, por el cariño que me han brindado, el apoyo, comprensión y consejos. Los quiero.

ÍNDICE.

1. MARCO TEORICO.....	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
3. JUSTIFICACION.....	26
4. OBJETIVOS.....	27
OBJETIVO GENERAL.....	27
OBJETIVO ESPECIFICO.....	27
5. METODOLOGIA.....	28
TIPO DE ESTUDIO.....	28
DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	28
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	28
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	28
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	29
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	31
METODO DE RECOLECCION DE DATOS.....	32
RECURSOS MATERIALES, HUMANOS Y FINANCIEROS.....	32
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	33
7. RESULTADOS.....	35
8. ANALISIS DE RESULTADOS.....	39
9. CONCLUSIONES.....	40
10. ANEXOS.....	42
11. BIBLIOGRAFIA.....	43

1. MARCO TEORICO

La violencia, cuyo significado etimológico se refiere al concepto de la “fuerza” y al ejercicio del poder por medio de la fuerza, que supone, a su vez, el deseo de doblegar la voluntad de la otra persona o de eliminar los obstáculos que se oponen al ejercicio de ese poder. Desde una perspectiva social para que exista violencia, debe existir un desequilibrio en el poder. Varios autores señalan que ese desequilibrio no siempre es visible para el observador externo, de tal forma que, basta con que uno de los integrantes de la diada crea en ese poder y fuerza del otro para que se produzca el desequilibrio, aun cuando esa fuerza y poder no tenga existencia real.¹

A través del tiempo, no solo el estudio científico de la violencia en la pareja ha ido cambiando de acuerdo con las condiciones sociales, políticas y económicas de la época y el lugar, sino también, los diferentes conceptos que se han utilizado para nombrarla. Los términos que aparentemente se superponen como “violencia marital”, “violencia intrafamiliar”, “violencia de género”, “violencia del compañero íntimo”, etc., han sido utilizados para adaptarse a las condiciones culturales y temporales del estudio, los cuales han tenido influencia en la visión del fenómeno.¹

La violencia en parejas de jóvenes y en las relaciones de noviazgo no ha recibido la misma atención en la literatura como la violencia íntima en parejas adultas. La violencia en las relaciones de pareja de jóvenes se lleva estudiando desde que Makepeace publicó el primer estudio centrado en jóvenes. Sin embargo, el tema es relevante. A pesar de que son datos poco conocidos, varios estudios han indicado que la incidencia de la violencia en la pareja es más frecuente entre parejas de novios que entre parejas casadas, aunque de menor intensidad.¹

El fenómeno social que hoy denominamos violencia tiene, al igual que la mayor parte de los problemas que fueron dando cuerpo al campo de los estudios de la mujer o de género, una historia de tensiones y paradojas que, en alguna medida, guardan relación con el hecho de que la mujer como problema de conocimiento no surge del desarrollo de algún campo de conocimiento o disciplina científica, sino

de la agenda de malestares que planteó el feminismo que resurge en los años sesenta del siglo XX. Cabe recordar que a diferencia de los feminismos de otros momentos históricos, el que se levanta a finales de los sesenta del siglo pasado manifestó una voluntad de saber, esto es, de conocer las causas y consecuencias de la subordinación femenina, además del deseo de modificarlas por medio del accionar político.^{1,2}

Esta característica del feminismo contemporáneo produjo, sin proponérselo, por supuesto, una primera tensión entre el ámbito institucional y profesional de producción de conocimientos, sus reglas y procedimientos y las organizaciones de mujeres urgidas de información, de respuestas y de soluciones para las diversas problemáticas que constituyen el fenómeno de la subordinación femenina. La violencia de género es, quizá, la que mejor ejemplifica esta primera tensión.

Definición

La violencia de pareja se refiere a todo daño físico, sexual o psicológico provocado a una persona por su pareja o cónyuge previo o actual. Se debe tomar en consideración que esta no hace distinción en cuanto a orientación sexual (se puede dar tanto en el contexto de una pareja heterosexual o en parejas del mismo sexo), así como tampoco se refiere exclusivamente a aquellas relaciones en las cuales hay intimidad sexual. No necesariamente involucra personas que viven juntas, siempre y cuando se trate de parejas que están o han estado involucradas en una relación personal profunda^{3, 4}

Constituye un patrón de comportamientos agresivos o coercitivos perpetuados por una persona que estuvo o está en una relación con otra, incluyendo conductas tales como la intimidación, amenaza, acoso, aislamiento social forzado, dominación sexual, económica o espiritual hasta abuso físico o psicológico.^{5, 6, 7}

Este tipo de violencia se caracteriza por seguir la dinámica del "ciclo de violencia", una serie de comportamientos repetitivos en el tiempo, que son cada vez más frecuentes y graves. Dicho ciclo inicia con la aparición de tensión entre la pareja que puede ser secundario a discusiones, culpabilidad o celos. Dicha tensión

escala hacia una fase de maltrato (amenazas verbales, abuso sexual, maltrato físico, uso de armas, entre otros), para finalmente avanzar a una fase de "luna de miel" caracterizada por excusas, regalos y/o negación, que eventualmente lleva a la pareja a ubicarse de nuevo en la posición inicial y con ello reiniciar el ciclo, que se puede perpetuar por años.^{7, 8}

En cambio la violencia familiar es el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder en función del sexo, la edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono.¹⁰ La Asamblea General de las Naciones Unidas, define a la violencia contra la mujer: "Todo acto de violencia basado en el género que resulte o tenga probabilidad de resultar, en daño físico, sexual o psicológico o de sufrimiento de la mujer e inclusive la amenaza de cometer esos actos, la coerción y la privación arbitraria de la libertad sea que ocurran en la vida pública o en la vida privada".

La violencia familiar comprende:

Abandono, al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.⁴

- Violencia física, al acto de agresión que causa daño físico.
- Violencia psicológica, la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.
- Violencia sexual, a la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.

La Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, define como violencia familiar "el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación

se da por parentesco consanguíneo de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurran.” La definición no limita la violencia al ámbito del hogar, contempla la posibilidad de que la misma ocurra en lugares públicos sin importar la relación de parentesco.⁵

La violencia entre los miembros de las familias es un fenómeno muy extendido que debe visibilizarse a través del personal de salud sensibilizado y capacitado para su detección, con el apoyo de actores comunitarios; a través de acciones de promoción que permitan que las mujeres identifiquen las diversas formas de la violencia familiar, violencia sexual y de género para promover alternativas de solución al problema.⁶

La violencia es un problema social y de salud naturalizado que se reproduce a través de la ideología, de las instituciones, del imaginario social y grupal. Las relaciones asimétricas de poder entre las personas, así como de las desigualdades sociales son dos de sus causas lo que explica por qué hay personas o grupos que son más susceptibles de vivir en situación de violencia. No es casual que las mujeres, las niñas y los niños, los discapacitados, los ancianos, las ancianas, los indígenas, las minorías sexuales sean más vulnerables a la violencia debido a la posición de subordinación que ocupan en la sociedad.⁷

La Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 identifica como grupos en condición de vulnerabilidad los que señala la Comisión Nacional de los Derechos Humanos “son aquellos grupos o comunidades que por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género, o discapacidad, se encuentran en situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida y no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas”^{7,8}

Las repercusiones de la violencia son múltiples tanto en el plano de la salud, como en los aspectos social y económico. La carga de enfermedad por discapacidad y muerte son parte de los impactos a la salud de quienes viven en situación de

violencia, se estima que uno de cada cinco años de vida saludable perdidos por las mujeres se asocia a la violencia, además este fenómeno genera ausentismo entre 1 y 10 días laborales por año. Mucho más difícil de dimensionar es el impacto en la vida de las personas en términos del sufrimiento que produce la violencia en las víctimas y los testigos de la misma y el costo social que se deriva de dicho problema.

Prevalencia

En el 2005, la Organización Mundial de la Salud llevó a cabo un estudio multipaís sobre la salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, reportando que de un 15-71% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual infligida por una pareja en algún momento de sus vidas, y hasta un 50% de las mujeres han sufrido lesiones físicas como resultado de violencia de pareja.^{1, 9}

En el 2010, la CDC realizó una encuesta nacional en Estados Unidos sobre violencia sexual y de pareja, reportando que 1 en 3 mujeres (35.6%) y 1 en 4 hombres (28.5%) han experimentado abuso, violencia física y/o acoso por parte de un compañero íntimo en sus vidas, y 1 de cada 10 mujeres en los Estados Unidos ha sido violada por una pareja íntima, tasas de prevalencia que probablemente subestiman las actuales, y que se encuentran sesgadas por barreras de lenguaje, participantes que no estaban de acuerdo con aceptar historia de abuso o se negaban a contestar, por mencionar algunas situaciones.³

La realidad en Centroamérica no dista de lo anteriormente detallado, según datos de las Naciones Unidas para el año 2015 entre el 14.5 y 27% de las mujeres centroamericanas han sufrido violencia por parte de un esposo/compañero.¹⁰

Se ha descrito que este tipo de violencia ocurre principalmente a partir de la adolescencia y juventud (edad media entre los 18-24 años), con mayor frecuencia en el contexto del matrimonio o la cohabitación, y teniendo como agresores en su mayoría hombres y como víctimas niñas y mujeres, sin embargo no excluye que sea ejercida por las mujeres contra los hombres o que ocurra en el contexto de relaciones homosexuales. Cabe destacar que en algunas latitudes, especialmente

donde los jóvenes mantienen relaciones fuera del matrimonio, se ha descrito un equivalente a la violencia de pareja, denominado "violencia en las citas amorosas".^{3,9}

En México la ENVIM 2006 (Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres) reportó que el 33.3% de las mujeres presentó violencia de pareja actual, 42.9% violencia de pareja de por vida y el 60% violencia alguna vez en la vida. Según la ENVIM 2006, se puede apreciar que las prevalencias para cada uno de los tipos de violencia actual: psicológica 28.5%, física 16.5%, sexual 12.7% y económica 4.42%.

En el estado de México el 53.7% de las mujeres del medio urbano y el 44.1% del medio rural han tenido un incidente de violencia hacia ellas por parte de su pareja.

La Agencia de Seguridad Estatal reportó un promedio mensual durante el 2011 de 26 órdenes de protección a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar a solicitud del ministerio público o de a autoridad judicial. Otras instancias de gobierno como la Secretaria General de Gobierno y el DIF no cuentan con estadísticas estatales actuales.

Consecuencias⁷

Emociones y conflictos en la esfera de la reproducción han sido sugeridos como los factores fundamentales de varios problemas y alteraciones en la salud-psicoemocional. La violencia doméstica contra la mujer es reconocida como uno de estos factores y es por esta razón que la OMS lo ha definido como un problema de salud pública importante y prioritaria.

Dada la naturaleza de la violencia infligida por la pareja y la violencia sexual, su acaecimiento y repercusiones se suelen "ocultar", lo cual da origen a una subestimación considerable de la magnitud real del daño causado. Sin embargo, las encuestas poblacionales realizadas indican que estas formas de violencia son frecuentes. Por ejemplo, el Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer entre 15% y 71% de las mujeres han sufrido

violencia física o violencia sexual infligida por una pareja en algún momento de sus vidas.¹⁴

La violencia infligida por la pareja y la violencia sexual afectan a una proporción considerable de la población, la mayoría de las personas que sufren directamente esta violencia son mujeres y la mayoría de quienes la cometen son hombres. El daño que causan estas agresiones puede durar toda la vida y repercutir en varias generaciones, con graves consecuencias sobre la salud, la educación y el empleo.

La violencia es un factor de riesgo en el embarazo, ya que define un contexto multifactorial de situaciones adversas como embarazo no deseado, inadecuado acceso al cuidado prenatal, mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas, una mala historia obstétrica, abortos espontáneos, nutrición materna deficiente, infecciones, anemia, parto prematuro y disminución del crecimiento fetal.⁷

Según la OMS, las mujeres presentan mayor probabilidad de notificar una violencia física infligida por la pareja y las lesiones que los hombres, además de ser la población que más busca servicios de salud mental en respuesta a haber padecido violencia física infligida por la pareja y comunicó (promedio de 6 consultas más consultas que los hombres) en los servicios de urgencias, y hospitalización, mayor probabilidad de tomar tiempo libre del trabajo, del cuidado de los niños o de las responsabilidades domésticas a causa de sus lesiones.⁶

Además, el costo promedio por persona por haber sufrido al menos una vez la violencia física infligida por la pareja fue mayor para las mujeres que para los hombres. Cuando se tiene en cuenta el costo de las personas que no alcanzan todo su potencial productivo, los costos globales para la sociedad son aún mayores.

Los médicos y personal de salud en general, deben entonces prestar especial atención a aquellos pacientes poli consultantes con padecimientos crónicos, e intentar contextualizar sus molestias, pues en el caso de víctimas de violencia de pareja estos pueden ser los únicos indicadores de un abuso que está ocurriendo o secuelas del mismo que persisten mucho después de que la violencia ha cesado.

Dentro de los padecimientos que se han identificado secundarios a violencia de pareja se pueden mencionar: dolor crónico manifestado en forma de dolor abdominal, migraña o dolor cervical o lumbar; problemas gastrointestinales como enfermedad ácido-péptica, síndrome de intestino irritable, reflujo gastroesofágico, indigestión, diarrea o constipación; algunos síntomas físicos inespecíficos como insomnio, fatiga, disnea, hiporexia o desórdenes de alimentación, así como manifestaciones psicológicas como depresión, síndrome de estrés post-traumático, trastornos de pánico, ansiedad, entre otros.^{3, 8, 11}

Factores de riesgo

Se ha observado en distintos estudios una asociación estadística entre maltrato y algunos factores de riesgo y situaciones de mayor vulnerabilidad y se han clasificado en tres categorías: los que se refieren a la víctima, los que afectan al agresor (cuidador) y los factores situacionales o del entorno que confieren una mayor vulnerabilidad. Es importante identificarlos para poder hacer prevención primaria y secundaria.

La investigación actual sobre maltrato señala que existen ciertos factores que predisponen a una situación de maltrato y que son relevantes a la hora de definir estrategias para su prevención. Conviene no confundir factor de riesgo con causa de malos tratos. Un factor de riesgo como el estrés contribuye a la ocurrencia del maltrato, pero por sí solo no lo determina. Las causas del maltrato, que se revisarán más adelante, se relacionan con un conjunto de factores de riesgos, que asociados, pueden determinar la ocurrencia de este⁷.

La literatura médica mundial nos menciona que la víctima posee ciertas características epidemiológicas que los pueden hacer susceptibles de maltrato o abuso en cualquiera de sus categorías y algunas de ellas son: La dependencia física o económica, la edad avanzada, alteraciones en la dinámica familiar que favorezcan el estrés del cuidador o proveedor principal, trastornos en el área cognitiva, dependencia de familiares con enfermedades mentales, los antecedentes de violencia transgeneracional y doméstica, el alcoholismo en el

agresor o en la familia y la drogadicción entre otros⁷. En una publicación se expone una valoración de instrumentos de cribado para la detección del riesgo de abuso mediante la identificación de factores de riesgo y se valoran los instrumentos para la detección. Tras el análisis de distintos instrumentos de cribado, se considera que aún no se dispone de uno capaz de cuantificar y estandarizar la valoración del riesgo y que debe seguir la investigación en este campo.

Factores de riesgo y vulnerabilidad de ser víctima de malos tratos.

- Edad avanzada mayor a 75 años
- Deterioro reciente de la salud
- Incontinencia
- Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta
- Dependencia física y emocional del cuidador
- Aislamiento social
- Antecedentes de maltrato domestico
- Deterioro físico
- Dependencia financiera
- Pobreza
- Sexo femenino
- Embarazo
- Viudez
- Depresión
- Demencia
- Baja autoestima

Para el agresor:

- Sobrecarga física o emocional (situaciones de estrés, crisis vitales)
- Abuso de alcohol u otras toxicomanía
- Experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa.
- Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados
- Depresión
- Enfermedad mental
- Trastornos de la personalidad
- Enfermedad física crónica
- Dependencia de la víctima: económica de vivienda.
- Aislamiento social
- Pobreza

Situaciones de especial vulnerabilidad

- Vivienda compartida
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor
- Falta de apoyo familiar, social y financiero
- Dependencia económica o de vivienda del anciano

La intervención de los profesionales sanitarios en la práctica en prevención primaria sería mediante las siguientes acciones:

- Detectar los factores de riesgo de la víctima y del cuidador y las situaciones de mayor vulnerabilidad para que el maltrato se produzca.
- Canalizar las intervenciones para modificar los factores de riesgo
- Apoyar a los cuidadores: vigilar y actuar ante situaciones de estrés y sobrecarga emocional, que pueden constituir el desencadenante de la violencia

Teorías del origen del maltrato

Se han citado: el cambio de valores en nuestra sociedad actual en la que la juventud, la productividad, la salud son valores en alza. Sin duda los factores sociales y culturales están implicados, pero también otros, familiares e individuales. Se han identificado factores asociados a maltrato, como el estrés del cuidador, problemas socioeconómicos, antecedentes de violencia familiar etc., pero se consideran factores de riesgo más que propiamente causales, ya que no siempre su existencia condiciona la aparición del problema, sino solo aumenta la probabilidad de que este aparezca. ¹

En términos amplios la violencia se entiende como un acto agresivo que propicia un individuo más poderoso, un grupo o una institución sobre sujetos más débiles. El abuso entre dos personas surge cuando existe un desequilibrio de poderes entre ellos: una persona se cree y es percibida como más poderosa y el otro sujeto se cree y es percibido como débil.

A continuación se describen los modelos teóricos que explican las causas del maltrato.^{1,2}

- Teoría del estrés del cuidador Establece que el maltrato y la negligencia hacia la víctima aparecen cuando factores estresantes externos, como los relacionados directamente con el cuidado, superan un determinado umbral en el cuidador. El rol de cuidador puede ser una experiencia extrema de estrés y frustración. Generalmente el cuidador no tiene apoyo de otros, no tiene acceso a información de programas sociales y no está preparado para desempeñar adecuadamente la tarea del cuidado.
Por otra parte, el estrés provocado por la desventaja social: desempleo, problemas económicos, hacinamiento, además de otros factores, se asocia frecuentemente al abuso de personas mayores.

- Teoría de la dependencia o discapacidad: el cuidado de una persona dependiente incrementa la carga y estrés del cuidador. Diversos estudios han encontrado que individuos con deterioro de la salud son más propensos a ser abusados que aquellos con mejor salud. Por otra parte, los cuidadores que dependen financieramente de la persona mayor tienen más riesgo de perpetuar abuso. Los casos de maltrato pueden aumentar en la medida que la persona aumenta en edad y tiene mala salud física y mental. Asimismo la propia conducta de la víctima puede provocar o mantener situaciones de abuso. Cuando éste presenta algún trastorno neurológico o de conducta, estas características se tornan aversivas para el cuidador y en consecuencia lo coloca en una situación de riesgo de abuso y abandono.
- Teoría del aislamiento social El aislamiento social es un elemento clave en la aparición del maltrato. El estrés producido por el bajo contacto social puede aumentar la predisposición del cuidador a la violencia. Por el contrario, el apoyo social incide en el bienestar físico y psicológico de la familia y reduce el impacto del estrés. El apoyo social cumple tres objetivos en la prevención de malos tratos: prestación de ayuda para el cuidado de la persona, acceso a los recursos en momentos de crisis y control de la familia efectuado por observadores externos.
- Teoría del aprendizaje social o de la violencia transgeneracional
Al igual que en la violencia de género y el maltrato infantil, la teoría del aprendizaje social enfatiza el rol de la familia en el aprendizaje de modos de conducta que se perpetúan y que el individuo desempeñará a lo largo de su vida. Se postula que los individuos que fueron objeto de abuso cuando niños probablemente se convertirán en personas abusivas en su vida adulta. La violencia por tanto se aprende como respuesta al conflicto o tensión. De este modo, es probable que si el niño ha sido maltratado en la infancia, cuando llegue a ser adulto se convierta en maltratador de sus

padres y en la relación de cuidado simplemente repetirá y retornará el abuso que sufrió.

- Personalidad del cuidador y abuso de sustancias Según esta teoría, el maltrato se produce como consecuencia de problemas del cuidador, tales como alcoholismo, adicción a drogas, desórdenes psicológicos y trastornos de personalidad. Los estudios plantean que la depresión y la ansiedad en el cuidador frecuentemente están relacionadas a malos tratos y negligencia. Por otra parte, se considera que ciertas características personales como baja autoestima, falta de empatía, afectividad negativa hacia la persona mayor y el estilo atribucional, también pueden contribuir a la presentación del maltrato. Asimismo, los cuidadores que consumen algún tipo de sustancias tóxicas tienen más probabilidades de maltratar a las personas que tienen a su cargo. Se ha demostrado que el consumo habitual de alcohol en el cuidador correlaciona positivamente con maltrato y negligencia.

Complicaciones del maltrato

- Lesiones físicas: lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras por decúbito por negligencia, abandono o falta de cuidados, heridas por ataduras, abrasiones, quemaduras e intoxicaciones
- Consecuencias psicológicas: Tristeza, trastornos emocionales, sufrimiento, depresión, ansiedad, ideación suicida, inhibición, somatizaciones y pseudodemencias.
- Sociales: aislamiento físico, psicológico o social. Se estima que los malos tratos tienen una importante repercusión en la utilización de servicios sanitarios; el aumento de la frecuentación, y de las hospitalizaciones condicionada por la morbilidad asociada a síntomas de la negligencia, el abandono o la violencia física.

Tamizaje

Según la literatura de los Estados Unidos, se ha descrito que muchas organizaciones médicas (como la Asociación Médica Americana, Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, Asociación Americana de Enfermeras, entre otras), apoyan en sus guías la realización de tamizaje para violencia de pareja, sin embargo existe muy poco consenso en cuanto a los métodos, herramientas así como intervalos para realizarlo.³

Tampoco hay consenso con respecto a si este tamizaje debería ser universal o para pacientes seleccionados por presentar síntomas de alto riesgo (somatización o dolor crónico) o pertenecer a grupos de mayor riesgo (adolescentes, embarazos no deseados, abuso de sustancias), y más aún los estudios realizados no arrojan suficiente evidencia que apoye la eficacia de dicha intervención.³

Responsabilidad legal

Las lesiones asociadas con la violencia de pareja, son significantivas tanto desde la perspectiva de la salud de la víctima como desde la perspectiva del sistema de justicia penal. La presencia o ausencia de lesiones físicas influyen en gran manera en la toma de decisiones durante los procesos penales, guiando la decisión del médico de informar, del fiscal de presentar cargos y eventualmente del juez o jurado de dictar una condena.¹¹

Resulta fundamental que los médicos reconozcan el valor del hallazgo y el reporte correspondiente de lesiones, en tanto estas pueden ser utilizadas para corroborar otras evidencias físicas y testimoniales, influenciando una toma de decisiones lo más objetiva posible dentro del sistema de justicia, y contribuyendo así a la calidad del sistema que protege a las víctimas de este tipo de violencia.¹²

Según la legislación de nuestro país, es deber del médico denunciar delitos perseguibles de oficio que son aquellos en los que las autoridades competentes deben proceder a investigar, aún y cuando no se hayan denunciado.

Cuando un paciente revela ser víctima de violencia de pareja, la no respuesta por parte del profesional médico puede ser devastadora, es por ello que se debe estar preparado para abordar estos pacientes. Al enterarse de una situación de violencia, el médico debe en primer lugar mostrar apoyo, y posteriormente realizar una determinación de riesgos, documentar lesiones y discutir soluciones con el paciente.⁷ Si bien el abuso no "se arregla" en una única visita al médico, se puede proveer al paciente las herramientas necesarias para aumentar su seguridad, bienestar y salud en general.⁶

De todo lo anterior deriva la importancia de que el médico, que en virtud del ejercicio de sus funciones, identifique datos sugestivos, por historia clínica o a la exploración física, de la existencia de violencia de pareja, reconozca la responsabilidad legal de sus acciones y realice el reporte a las autoridades correspondientes.

El ciclo de la violencia

Se ha descrito una dinámica que se establece en el síndrome de maltrato reconociéndose tres fases que se repiten en forma continuada en la gran mayoría de las ocasiones. Este ciclo predecible es lo que se ha llamado el ciclo de la violencia⁷.

La fase de tensión (ira, provocación, celos) pone de manifiesto la agresividad latente frente a la mujer y existen algunas conductas de agresión verbal y/o física de carácter leve y aislada, con un grado creciente de tensión.^{7,8}

La fase siguiente es de agresión aguda que implica una descarga sin control de las tensiones acumuladas (abuso sexual, amenazas, patadas, mordidas, golpes e incluso, uso de armas). La mayoría de las mujeres no buscan ayuda inmediatamente después de la agresión a menos que, las lesiones sean tan graves que necesiten ayuda inmediata. Las mujeres que se encuentran en esta etapa generalmente se aíslan y se niegan a los hechos, tratando de minimizarlos.

El ciclo se cierra con la fase de reconciliación en la que, el abusador puede negar los actos de violencia, pedir perdón y prometer que nunca más repetirá tales acciones con actitud de arrepentimiento. Este ciclo se repite en cada uno de los distintos tipos de violencia, sin embargo, es más evidente en las formas de violencia donde se encuentran las relaciones asimétricas de poder. El miedo es la emoción básica que experimenta la (el) agredida(o) en el ciclo de la violencia.

Aunado a esto se debe tener conocimiento sobre la existencia de ciertos factores de riesgo de la violencia, en particular, son variables que hacen que la persona sea vulnerable a conductas y actitudes violentas. Los factores de riesgo pueden ser individuales, familiares, sociales o culturales, es necesario tener en cuenta que ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o por que la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras, sino que lo realmente importante es cómo esos factores interactúan y se influyen entre sí.

Factores de riesgo de las víctimas Factores socioculturales. La carencia de apoyo social es un factor de riesgo y, por tanto, algo previo al maltrato que lo propicia. La víctima se encuentra aislada en gran parte porque el agresor se ha dedicado a cortar sus vínculos con el entorno, comenzando por su propia familia y grupo de amigos. Este factor es también un mantenedor del maltrato: la víctima aislada se convierte en una persona fácilmente maltratable por el agresor. ¹⁰

Factores familiares. Las interacciones familiares están caracterizadas por una estructura vertical en la que el hombre ejerce el poder sobre su pareja y demás miembros de la familia. El hombre controla todos los aspectos de su pareja (vestimenta, actividades, amistades, etc.) hasta el punto de que decide por ella lo que puede o no puede hacer y a quien puede ver. En este modelo de familia el nivel de autonomía de sus miembros es muy escaso. ⁴

Factores individuales. En principio, cualquier mujer, por el simple hecho de serlo, puede ser maltratada por su pareja o ex pareja. No hay factores de riesgo característicos de las víctimas, aunque la dependencia económica, la dependencia

emocional y una visión excesivamente romántica de las relaciones amorosas puede contribuir, si no al origen, si al mantenimiento de la violencia de pareja.

Según el II Informe Internacional sobre violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Se considera a la mujer como un ser subordinado al hombre, inferior, e incluso como un objeto de su propiedad, se atribuye el poder y la autoridad al hombre tanto en la sociedad como en la familia. Otro factor influyente es la presencia de instituciones (educativas, laborales, judiciales, etc.) que reproducen un modelo de relación de poder vertical, autoritario y sexista, y la existencia de un ambiente social que reduce la importancia o justifica el comportamiento violento en general, la violencia de pareja en particular, considerando esta última como un asunto familiar en el que no hay que inmiscuirse.

DETECCIÓN E INSTRUMENTO¹³

El Violentómetro es un material didáctico de reflexión, sensibilización y diagnóstico, elaborado por la Unidad Politécnica de Gestión con Perspectiva de Género, que contribuye al cumplimiento del IPN frente a los compromisos nacionales e internacionales en materia de igualdad de género. Derivado del material de sensibilización “Violentómetro”, mantiene como objetivo el visibilizar las diferentes manifestaciones de violencia que se encuentran ocultas en la vida cotidiana tanto de mujeres como de hombres, con la finalidad de estar alertas y detectar prácticas violentas en las relaciones interpersonales. Se conforma de un cuestionario de 30 preguntas, divididas en tres secciones que tiene como opciones de respuesta “Sí” y “No”, cada respuesta afirmativa es contabilizada, en la primera sección con un punto, en la segunda con 5 puntos y en la tercera sección con 10 puntos, para un total de 160 puntos, siendo la mayoría de éstos (100 puntos) obtenidos por respuestas afirmativas de la tercera sección. La puntuación se eleva entre los bloques debido a que la peligrosidad que se propone en cada situación va en aumento.

El Violentómetro, agregó, permite identificar con facilidad si se está en una relación de abuso. Fue diseñado como una regla de 30 centímetros que en cada

número incluye un acto de agresión emocional o física. Su clasificación se realizó tomando como base los datos proporcionados por los alumnos, en los que detectamos tres etapas muy claras.

La primera, en color amarillo, incluye la violencia Psicológica y emocional. Comienza con bromas hirientes. Sigue con chantajes y mentiras, hasta llegar a las humillaciones en público, las intimidaciones o amenazas, el control o las prohibiciones.

Indicó que continúa con una etapa, identificada en color rosa, de agresiones físicas, en las que se pueden sufrir manoseos, caricias agresivas, pellizcos, empujones. La fase más peligrosa para la integridad física de la persona en color morado, subrayó, es cuando ocurren agresiones como encerrar o aislar, amenazar con armas de fuego, forzar una relación sexual, perpetrar un abuso sexual o mutilar.

El material se difundió inicialmente en los programas de capacitación del IPN y como parte de las acciones de extensión y cooperación con otras universidades e instituciones.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia familiar es el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder en función del sexo, la edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono. La Asamblea General de las Naciones Unidas, define a la violencia contra la mujer: “Todo acto de violencia basado en el género que resulte o tenga probabilidad de resultar, en daño físico, sexual o psicológico o de sufrimiento de la mujer e inclusive la amenaza de cometer esos actos, la coerción y la privación arbitraria de la libertad sea que ocurran en la vida pública o en la vida privada. La violencia se expresa en múltiples manifestaciones, entre ellas, la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, basada en la inequidad de género, afecta a todos los grupos de la población independientemente de sus características sociales, económicas, religiosas, educativas o étnicas. En el ámbito de la salud, concretamente, se constituye como un factor de riesgo que ocasiona numerosos y serios problemas en la salud física, mental, sexual y reproductiva de los individuos y de las sociedades, tanto en el plano de lo inmediato como en el largo plazo.

Una de las mayores dificultades para su detección es que a menudo es invisible, no es reconocida ni denunciada y está naturalizada, no obstante, es un problema que por razones éticas, jurídicas, económicas y sociales debe ser conocido y abordado. En el estado de México se presentan cifras elevadas de violencia en mujeres, con el 53.7% de las mujeres del medio urbano y el 44.1% del medio rural han tenido un incidente de violencia hacia ellas por parte de su pareja, lo cual refleja la realidad presentada en el Estado de México, puesto que ya es un problema de salud pública y es primordial detectarlos de manera interdisciplinaria a tiempo para tomar las medidas necesarias, sobre todo en el noviazgo que es la socialización inicial para la formación de un núcleo familiar. De lo anterior se deriva la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la frecuencia y nivel de violencia en las mujeres derechohabientes del Hospital Regional Nezahualcóyotl ISSEMyM?

3. JUSTIFICACION

La violencia de pareja es uno de los tipos más comunes de violencia contra la mujer, y en menor medida contra los hombres, que ocurre en todas las sociedades. Constituye un problema global, que afecta aproximadamente un tercio de las mujeres a lo largo del mundo, con incidencia y tasas de mortalidad que aumentan anualmente.

Quienes experimentan violencia de pareja tienen riesgo de sufrir lesiones físicas leves o tan severas como para provocarles la muerte. Además de estas consecuencias físicas y en la salud, que quizá son las más evidentes, se reportan secuelas mentales y de problemas sociales como depresión, fobias y ansiedad, además de un mayor riesgo de suicidio.

Se considera que la violencia de pareja no está asociada a un único factor causal, sino que por el contrario, es el resultado de una serie de circunstancias complejas que se interrelacionan a diferentes niveles; razón por la cual el abordaje de este fenómeno debería tener un enfoque individual (víctima y perpetrador), así como a nivel de familia, comunidad y sociedad.

Si bien los factores de riesgo pueden diferir entre culturas, es vital identificar aquellos que son consistentes a través de cualquier sociedad, con el objeto de maximizar las probabilidades de una intervención exitosa. Desde el punto de vista de las víctimas, entre los factores de riesgo se pueden mencionar ser mujeres de escasos recursos, jóvenes, con un bajo nivel educativo, inmigrantes (por encontrarse en mayor vulnerabilidad social), mientras que desde la perspectiva del perpetrador el consumo de alcohol y antecedente de violencia familiar en la infancia, usualmente potencian dichas conductas. Resulta fundamental que los trabajadores de salud conozcan los indicadores de este tipo de violencia, con el objeto de facilitar su identificación en aquellos casos donde no exista el reporte por parte de la víctima y las consecuencias no sean evidentes, de manera que se pueda abordar el problema y proveer a la persona el asesoramiento apropiado. De ahí la importancia del presente estudio.

4.- OBJETIVOS

Objetivo general.

Evaluar la frecuencia y nivel de violencia en las mujeres derechohabientes del Hospital Regional Nezahualcóyotl.

Objetivos específicos.

Identificar los factores de riesgo sociodemográficos (edad, estado civil, escolaridad, edad de la pareja y escolaridad de la pareja)

Identificar la frecuencia de violencia.

Determinar el nivel de violencia psicológica y emocional.

Determinar el nivel de violencia con agresiones físicas.

Determinar el nivel de violencia con afectación integral.

Determinar la ausencia de violencia.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo.

5.2 Diseño de la Investigación

Es un estudio observacional, de tipo descriptivo, trasversal y prospectivo con una muestra de 100 pacientes mujeres que acuden a la consulta externa del Hospital Regional de Nezahualcóyotl Issemym, a los cuales se les aplico el violentómetro.

5.3 Población, lugar y tiempo de estudio

El estudio se realizara en pacientes del sexo femenino adscritos a la unidad de consulta del Hospital Regional de Nezahualcóyotl durante los meses de Octubre a Diciembre 2017.

5.4 Tipo y tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue obtenido por la fórmula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Donde.

n = tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población en estudio.

Z = valor de Z crítica; 2. 58, 1. 96, 1. 64. seleccionar nivel de error aceptable: 1, 5 y 10%.

S²= varianza de la variable en estudio, que se obtiene de estudios previos o prueba piloto.

d = intervalo de confianza deseado. 1, 5 o 10.

P = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

Q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (100 - P)

Dado que en el Hospital Regional de Nezahualcóyotl no se cuenta con datos epidemiológicos sobre incidencia de Violencia.

Datos.

n = tamaño de la muestra a determinar.

N = 732 pacientes adscritos a la Clínica de Consulta Externa Ecatepec Sur.

Zc = 1.96

d = 5

P = 8% de los pacientes encuestados, presentan maltrato.

Q = 92% de los pacientes encuestados niegan padecer de maltrato.

Sustitución.

$$n = \frac{(732)(1.96^2)(8)(92)}{5^2(732-1) + (1.96^2)(8)(92)}$$

Tamaño de muestra.

$$n = \frac{2069632}{21102} = 98 \text{ Pacientes}$$

Se realizaran mínimo 98 cuestionarios para validar el estudio.

5.5 Criterios de inclusión, exclusión, y eliminación.

➤ Criterios de inclusión

- Mujeres de edad mayor a 20 años
- Mujeres derechohabientes del Issemym con pareja en los últimos dos años.
- Paciente que acuda a consulta sin importar el motivo de atención.
- Paciente que autorice por medio de consentimiento informado para participar en el estudio.

➤ Criterios de exclusión

- Paciente menores 19 años de edad.
- Paciente que no sea derechohabiente del Hospital Regional de Nezahualcóyotl

➤ Criterios de eliminación

- Pacientes que no quieran participar en la encuesta.
- Pacientes que no estén capacitados para contestar.
- Pacientes que no concluyan la encuesta.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	ESCALA	CLASIFICACIÓN	FUENTE
Edad	Independiente	tiempo que ha vivido una persona	ordinal	1.- 20 a 25 años 2.- 26 a 30 años 3.- 31 a 35 años 4.- 36 a 40 años 5.- 41 a 45 años 6.- 46 a 50 años 7.- Más de 51 años	Instrumento
Estado civil	Independiente	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	nominal	1)Casada 2) Unión libre 3) Divorciada 4) Soltera 5) Viuda	Instrumento
Escolaridad	Independiente	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	nominal	1)Primaria 2) Secundaria 3) Bachillerato 4)Carrera Técnica 5) Licenciatura 6) Posgrado	Instrumento
violencia familiar	Dependiente	Acción u omisión que el integrante de un grupo	ordinal	1. SI 2. NO	Violentómetro

		familiar ejerce contra otro y que produce un daño no accidental.			
Nivel de violencia	Dependiente		nominal	1.-Violencia psicológica y emocional 2.- Violencia con agresiones físicas 3.- Violencia con afectación integral 4.- Sin ningún nivel de violencia	Violentometro

5.6 Instrumento para la recolección de datos

El Violentómetro es un material didáctico de reflexión, sensibilización y diagnóstico, elaborado por la Unidad Politécnica de Gestión con Perspectiva de Género, que contribuye al cumplimiento del IPN frente a los compromisos nacionales e internacionales en materia de igualdad de género. Derivado del material de sensibilización “Violentómetro”, mantiene como objetivo el visibilizar las diferentes manifestaciones de violencia que se encuentran ocultas en la vida cotidiana tanto de mujeres como de hombres, con la finalidad de estar alertas y detectar prácticas violentas en las relaciones interpersonales. Se conforma de un cuestionario de 30 preguntas, divididas en tres secciones que tiene como opciones de respuesta “Sí” y “No”, cada respuesta afirmativa es contabilizada, en la primera sección con un punto, en la segunda con 5 puntos y en la tercera sección con 10 puntos, para un total de 160 puntos, siendo la mayoría de éstos (100 puntos) obtenidos por respuestas afirmativas de la tercera sección. La puntuación se eleva entre los bloques debido a que la peligrosidad que se propone en cada situación va en aumento.

5.7 Método para la recolección de datos

- Se solicitó previamente la autorización de las autoridades del Hospital Regional de Nezahualcóyotl Issemym, se identificaron a pacientes femeninos que acudieron a la consulta, solicitando el llenado adecuado del consentimiento para participar en el presente estudio
- Los resultados se concentraron en una base de datos la cual fue analizada para emitir el comportamiento de los factores de riesgo más importantes en nuestra población y posteriormente tabulados en una base de datos tipo Excel, representado en gráficas y tablas.

5.8 Recursos.

5.8.1 Recursos Humanos

La aplicación del instrumento así como previa autorización de los pacientes fue realizada por el investigador principal contando con el apoyo del personal de la consulta externa.

5.8.2 Recursos Físicos

Consultorios de la clínica de consulta externa del Hospital Regional Nezahualcóyotl, ISSEMyM.

5.8.4 Financiamiento

A cargo del investigador principal.

6. Consideraciones Éticas

DECLARACIÓN DE HELSINKI

RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29a Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y enmendada por las Asambleas Médicas Mundiales 35a (Venecia, 1983), 41a (Hong Kong, 1989), 48a. Sommerset West / África del Sur (1996) y 52a. Edimburgo / Escócia (2000).

A. INTRODUCCION

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

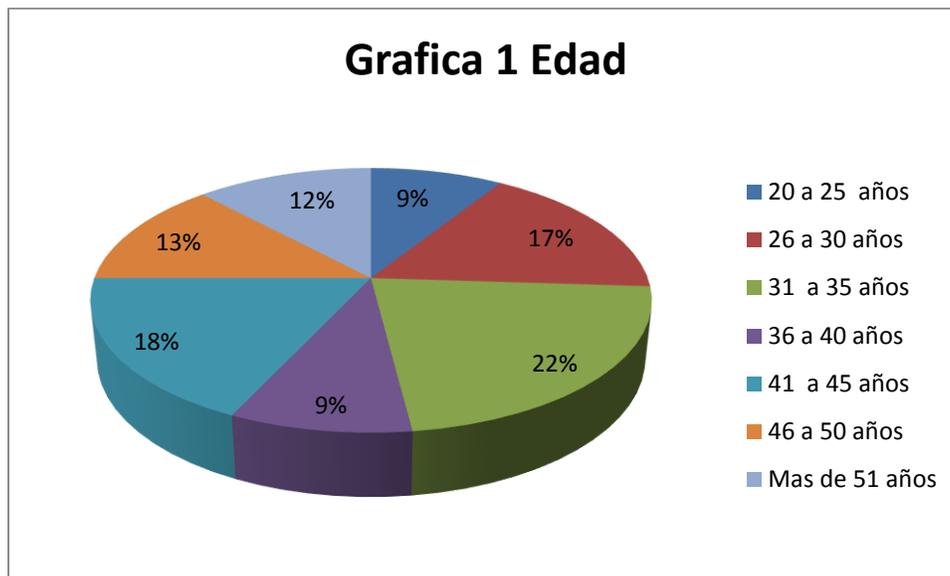
El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

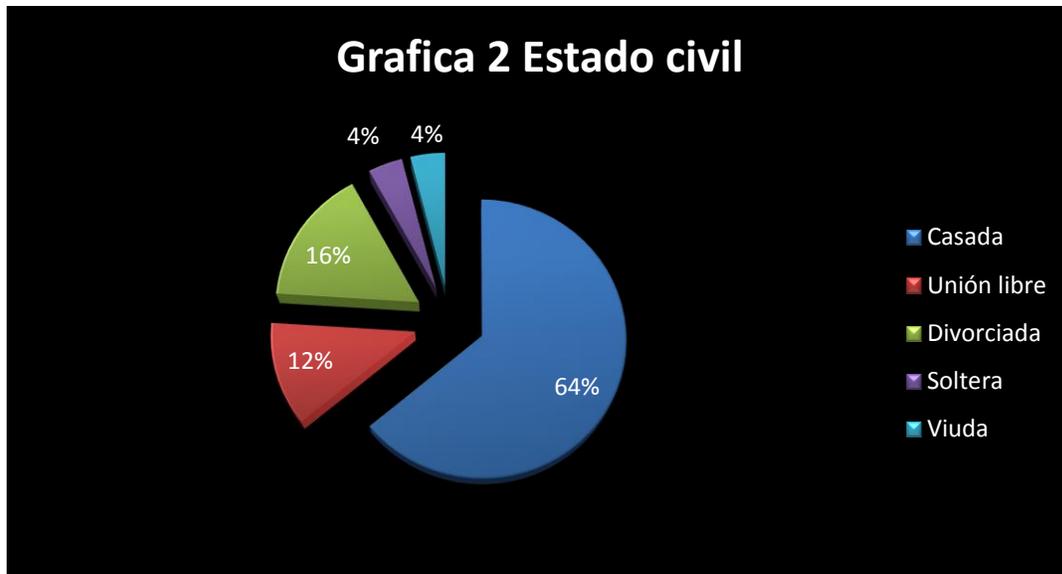
7.- RESULTADOS

Se obtuvo un total de la muestra de 100 mujeres en la consulta externa del Hospital Regional de Nezahualcóyotl, de las cuales se agruparon en edades de 20 a 25 años de edad con un total de 9 mujeres (9%), en el rango de 26 a 30 años de edad 17 mujeres (17%), en las de 31 a 35 años de edad 22 mujeres (22%), con edades de 36 a 40 años de edad 9 mujeres (9%), con el grupo de 41 a 45 años de edad 18 mujeres (18%), de 46 a 50 años de edad 13 mujeres (13%) y finalmente en el grupo de más de 51 años de edad 12 mujeres (12%). Grafica 1



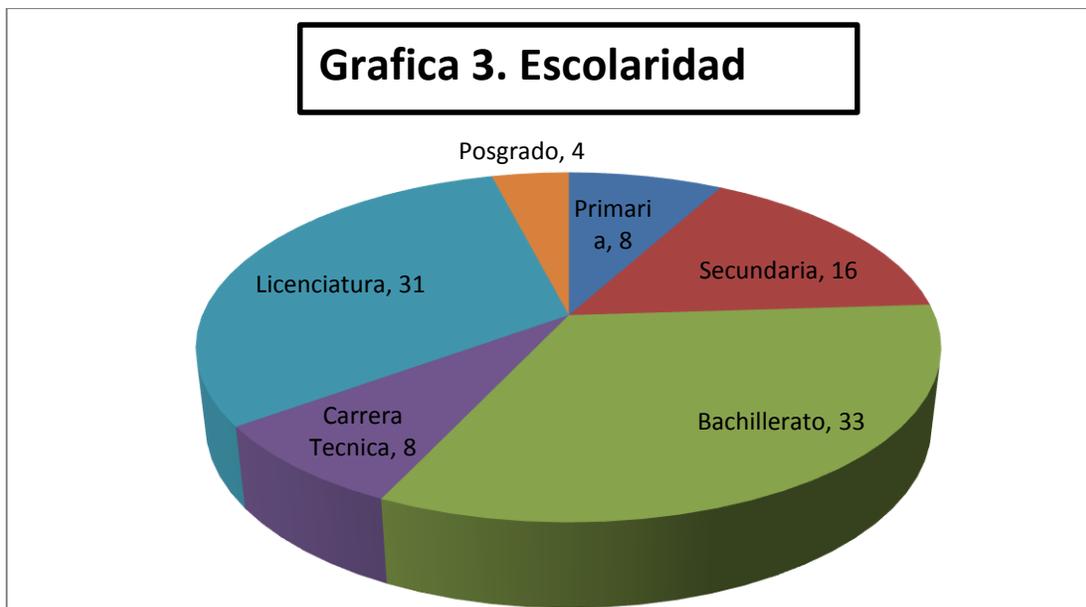
Fuente: Violentómetro: Frecuencia y Nivel de Violencia

En tanto al estado civil que presentaban las mujeres 64 pacientes (64%) estaban casadas, 12 pacientes (12%) se encontraban en unión libre, 16 mujeres (16%) divorciadas, 4 mujeres (4%) como solteras y 4 mujeres más (4%) viudas. Grafica 2



Fuente: Violentómetro: Frecuencia y Nivel de Violencia

Evaluando la escolaridad de las pacientes se encontró con grado de primaria 8 pacientes (8%), escolaridad de secundaria 16 pacientes (16%), con grado de bachillerato 33 pacientes (33%), presentaron con carrera técnica 8 pacientes (8%), con grado de licenciatura 31 pacientes (31%) y con algún grado de posgrado 4 pacientes (4%). Grafica 3



Fuente: Violentómetro: Frecuencia y Nivel de Violencia

Al estudiar características de la pareja con respecto a la edad se definió en rangos de edad, de 20 a 25 años de edad 4 hombres (4%), en el rango de 26 a 30 años de edad 12 hombres (12%), de 31 a 35 años de edad de igual forma fueron 12 hombres (12%), de 36 a 40 años de edad 12 hombres (12%), con edad del 41 a 45 años de edad se observaron 32 hombres (32%), con 46 a 50 años de edad 8 hombres (5%) y de más de 51 años de edad 20 hombres (20%). Grafica 4



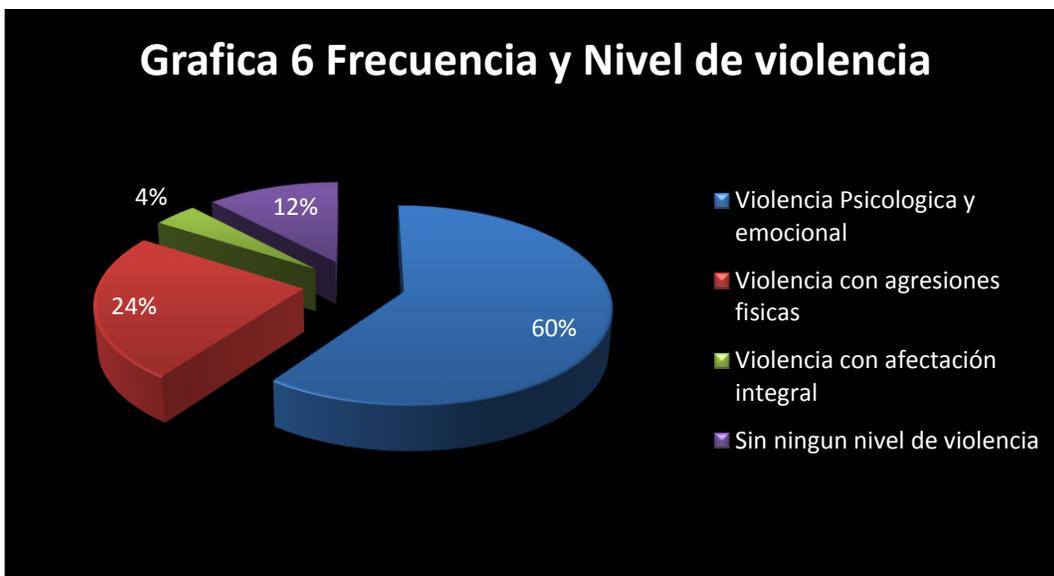
Fuente: Violentómetro: Frecuencia y Nivel de Violencia

En continuación con las características de la pareja se estudió también el grado escolar que poseían con escolaridad de primaria 4 hombres (4%), con grado de secundaria 20 pacientes (20%), los que presentaban bachillerato 32 hombres (32%), con alguna carrera técnica 8 pacientes (8%) y finalmente con licenciatura 4 hombres (4%). Grafica 5



Fuente: Violentómetro: Frecuencia y Nivel de Violencia

En cuanto a la interrogante más significativa 60 pacientes (60%) presentaba un nivel de violencia Psicológica y emocional, 24 pacientes con segundo nivel caracterizado por una violencia con agresiones físicas, 12 pacientes (12%) no presentaban violencia de acuerdo a sus respuestas, y 4 pacientes (4%) si presentaron una violencia con afectación integral en algún momento. Si realizamos la sumatoria el 88 % de las pacientes presentaron algún nivel de violencia. Grafica 6



Fuente: Violentómetro: Frecuencia y Nivel de Violencia

8.- ANALISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio se obtuvo que exista una alta frecuencia de violencia de cualquier tipo hasta con el 88%, siendo el hombre el agresor normalmente con menor grado escolar incluso al de las pacientes femeninas. Además es de mayor predominancia el nivel de violencia psicológica y emocional con el 60%. Los resultados del presente estudio parecen apoyar lo encontrado por Rivera-Rivera, en su investigación realizada en México en el año 2007, quienes encontraron una prevalencia similar de mujeres y de varones que habían sido víctimas de violencia. Estos datos indican que los varones son las principales víctimas de actos de violencia física entre las parejas de adolescentes y adultos jóvenes. Ramírez Rivera y Núñez Luna es su estudio los resultados señalaron que un 15.5% de las y los mexicanos entre 15 y 24 años con relaciones de pareja ha sido víctima de violencia física, un 75.8% ha sufrido, agresiones psicológicas y un 16.5% ha vivido al menos una experiencia de ataque sexual (2010), sugirieron que este estudio puso de manifiesto que la violencia en el noviazgo tiende a pasar desapercibida por las instituciones y por los propios jóvenes y que esto ocasiona una falta de apoyo institucional y familiar a las víctimas.

En otro estudio de Roberto Castro y Florinda Riquer, Violencia de género en las parejas mexicanas se observó el porcentaje de prevalencia se eleva hasta 44 por ciento. Es decir, solamente poco más de la mitad (56 por ciento) de las mujeres entrevistadas no experimenta ninguno de los cuatro tipos de violencia bajo análisis; pero del 44 por ciento restante, más de la mitad padece al menos dos tipos de violencia distintos, uno de los cuales es la violencia psicológica. Si bien no significativa estadísticamente hablando, no puede dejar de mencionarse que 25 de cada mil mujeres padecen los cuatro tipos de violencia.

Straus (2004), en su estudio sobre dating violence en 31 universidades en 16 países, encontró que la situación de estudiantes universitarios de Ciudad Juárez, México, una universidad fronteriza con los EE.UU., mostró que un 42% de las y los estudiantes manifestaron haber agredido a su pareja en el último año previa a la encuesta. Con este porcentaje, México se ubicó en el segundo sitio del estudio, un rango por debajo de una universidad en Louisiana, EE.UU., con un 47%.

9.- CONCLUSIONES

En general es tanto en el presente estudio como los expuestos en otros mas la violencia en la mujer prevalece, a pesar de los aspectos judiciales y la gran gama de información por campañas o medios de comunicación, sin embargo es de reconocer que el propio Medico desconoce los aspectos de abordaje cuando una mujer decide exponer su situación, desconoce el proceso judicial, el tipo de atención recibida, el ir de un servicio a otro, el cuestionamiento y tener la presión general por parte de los distintos profesionales, pueden generar un nivel alto de ansiedad. Esto hace que en muchas ocasiones se silencia o bien se huye de estar expuesto a dichas situaciones aun cuando se sospeche de violencia, se decide no ir más allá. Es por ello una de las razones por las que es necesaria una adecuada actuación por parte de nosotros, los profesionales de salud, sea el médico familiar, trabajo social, enfermería, etc, para dar a la mujer una buena atención, que no la estigmatice ni le cree más malestar que el que ya presenta. Para prevenir que nuestra actuación profesional pueda generar en la mujer víctima de violencia esta doble victimización, consideramos claves los siguientes aspectos:

- Formación específica en violencia de género, ya que nos permitirá comprender la complejidad de las relaciones violentas y de este modo ofreceremos a la mujer que atendemos una intervención más ajustada y adecuada.
- Es adecuado contar con una serie de habilidades de relación y de control emocional que nos permitan manejar con fluidez la relación con la mujer.
- La intervención en temáticas de violencia, puede generar en nosotros un estrés emocional, por lo que consideramos que el trabajo en equipo es recomendable, ya que el sentirse parte de un equipo disminuye el nivel de estrés, se comparte la responsabilidad, aumenta la confianza y permite el apoyo mutuo.

Se señala además una serie actitudes y habilidades que durante nuestra atención es aconsejable que estén presentes:

a) Empatía: capacidad de percibir y comprender lo que piensa y experimenta la otra persona y comunicarle esta comprensión en un lenguaje que entienda. Con la comprensión empática la víctima percibe una mayor seguridad, aceptación, acompañamiento y apoyo, además de sentirse escuchada.

b) Aceptación: supone acercarse a la mujer con respeto, sin un juicio previo: aceptándola, lo que no implica estar de acuerdo con sus opiniones y/o decisiones. La aceptación implica: Preocuparse por ella, Mostrando interés No interrumpiendo, No intentando cambiar de tema, Evitando hacer juicios de valor e interpretaciones.

c) Congruencia: es la capacidad de ser uno o una misma y conocer como me afectan personalmente las cosas que escucho. La congruencia implica coherencia entre lo que sentimos, decimos y hacemos • Coincidencia entre la conducta verbal y no verbal • Abandonar paternalismos o posiciones de autoridad.

d) Concreción: capacidad para centrar la experiencia, ir a lo importante, evitando generalizaciones y teorizaciones.

Y es necesario impartir talleres y así como se realiza códigos de atención al paciente con infarto, a la embarazada de alto riesgo, en donde se establecen pasos y seguimientos precisos para mejorar el daño de un paciente es necesario estandarizar en ese mismo concepto pasos o lineamientos a seguir para activar el sistema de salud.

10. ANEXOS.

VIOLENTÓMETRO

NOMBRE: _____	EDAD: _____
ESTADO CIVIL: _____	ESCOLARIDAD: _____

INSTRUCCIONES. MARQUE CON UNA "X" AQUELLAS SITUACIONES EN LAS CUALES SIENTA USTED QUE HA ESTADO INVOLUCRADO(A) CON SU PAREJA.

1	HAS RECIBIDO BROMAS HIRIENTES DE PARTE DE TU PAREJA	
2	HAS SIDO VICTIMA DE CHANTAJES	
3	HAS VIVIDO MENTIRAS O ENGAÑOS POR PARTE DE TU PAREJA	
4	HAS SIDO IGNORADO O VICTIMA DE "LA LEY DEL HIELO" POR PARTE DE TU PAREJA	
5	HAS SIDO CELADO (A) SIN MOTIVOS APARENTES POR PARTE DE TU PAREJA	
6	HAS SIDO CULPABILIZADO (A) POR PARTE DE TU PAREJA	
7	HAS SIDO DESCALIFICADO (A) POR PARTE DE TU PAREJA	
8	HAS SIDO RIDICULIZADO (A) U OFENDIDO (A) POR PARTE DE TU PAREJA	
9	TU PAREJA TE HA HUMILLADO (A) EN PUBLICO	
10	TU PAREJA TE HA INTIMIDADO (A) O AMENAZADO (A)	
11	HAS SIDO CONTROLADO (A) O VICTIMA DE PROHIBICIONES (AMISTADES, FAMILIARES, DINERO, LUGARES, VESTIMENTA, APARIENCIA, ACTIVIDADES, MAILS, CELULAR, ETC.)	
12	TU PAREJA ALGUNA VEZ HA DESTRUIDO TUS ARTICULOS PERSONALES	
13	TU PAREJA TE HA MANOSEADO SIN QUE TU LO DESEES	
14	HAS RECIBIDO CARICIAS AGRESIVAS POR PARTE DE TU PAREJA	
15	TU PAREJA TE HA GOLPEADO "JUGANDO"	
16	TU PAREJA TE HA PELLIZCADO O ARAÑADO	
17	TU PAREJA TE HA EMPUJADO O JALONEADO	
18	TU PAREJA TE HA CACHETEADO	
19	TU PAREJA TE HA PATEADO	
20	TU PAREJA TE HA ENCERRADO O AISALDO	
21	TU PAREJA TE HA AMENAZADO CON OBJETOS O ARMAS	
22	TU PAREJA TE HA AMENAZADO DE MUERTE	
23	TU PAREJA TE HA FORZADO A MANTENER RELACIONES SEXUALES	
24	TU PAREJA HA ABUSADO SEXUALMENTE DE TI	
25	TU PAREJA TE HA VIOLADO	
26	TU PAREJA TE HA MUTILADO	
27	CREES CAPAZ A TU PAREJA DE ASESINARTE EN ALGUN MOMENTO	

PUNTAJE:	
----------	--

11. BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de las Mujeres México. Violencia de género en las parejas mexicanas. INEGI. 2003.
2. Riego Viviana, Villalba Jorge, Chávez María Emilia. Violencia y Salud Mental. *Revista Paraguaya de Psiquiatría*. 2015; 3 (1):3-80.
3. Peña Cárdenas Fabiola, Zamora González Benito, Hernández Rodríguez Gloria. Violencia en el noviazgo en una muestra de jóvenes mexicanos. 2013; 32(1): 27-40.
4. Bosch Fiol, Ferrer Pérez Victoria. Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*. 2012; 24 (4): 548-554.
5. Guido Lea. Violencia conyugal y salud pública: El sector salud y el derecho de las mujeres de vivir una vida sin violencia. 2002; 15:232-262.
6. Duarte, P. 1992. "La violación y su impacto en la salud integral de la mujer. Aspectos psicológicos". Ponencia presentada en el *III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública*, Cuernavaca, Morelos.
7. Álvaro Zaldívar G., Salvador Moysen, J., Estrada Martínez, S., & Terrones González. "Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango" en *Salud Pública de México* 40(6): 481-6.
8. Bedolla, P. 1987. *Hostigamiento sexual en los espacios laborales*. Casa del Tiempo III, 8(73): 13-17.
9. Bedregal, X., Saucedo, I., & Riquer, F. Algunos hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres", en *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*: pp. 39-84, México: CICAM.
10. Briceño León, R., Camardiel A., Ávila De Armas E. Domestic violence in Caracas: social and cultural predictors. *Acta Cient Venez.* 2010; 50(2): 132-43.
11. Buvinic M., Morrison A.R. La violencia en las Américas: marco de acción." en *El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas*. New York: Banco Interamericano de Desarrollo.
12. Burín y Meler, 1998. *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*, Buenos Aires: Paidós.

13. Tronco Rosas Martha Alicia. Principales aliados de la violencia en las relaciones de pareja que establecen estudiantes del IPN. Programa Institucional de Gestión con perspectiva de género. 2012.
14. Castro R. Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos. Cuernavaca: CRIM-UNAM.
15. Castro Bronfman M. Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una Discusión. *Cuadernos de Saúde Pública*. 2009; (3): 375-394.